

22. Mai 2024

**Protokoll
der 81. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 22. Mai 2024
in Präsenz in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
und per Videokonferenz (hybrid)**

Vorsitz: Frau Dr. Christiane Groß, M.A., Herr Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann

Protokoll: Lea Schomacher, ZTG GmbH

Gäste Herr Lars Gottwald, Leiter Business Teams, gematik GmbH
Herr Axel Schulz, gematik GmbH
Frau Lena Dimde, gematik GmbH

Anwesend: s. Teilnehmerliste

Beginn: 15.00 Uhr

Ende: 16.30 Uhr

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Protokoll auf eine geschlechterdifferenzierte Formulierung verzichtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Begriffe wie Arzt, Patient, Mitglied usw. immer auch für die weibliche Form stehen, es sei denn, es wird ausdrücklich auf die männliche oder weibliche Form hingewiesen.

TOP 1 Begrüßung

Herr Dr. Dr. Bickmann begrüßt alle teilnehmenden Mitglieder und Gäste herzlich. Im Anschluss führt er kurz durch die Tagesordnungspunkte der heutigen Sitzung.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 20.03.2024

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung vom 20.03.2024 gilt damit als genehmigt.

TOP 3 Aktueller Sachstand: Telematikinfrastruktur (TI) (Herr Lars Gottwald)

Herr Gottwald bedankt sich für die erneute Einladung und begrüßt alle Anwesenden. Im Hinblick auf die heutigen Tagesordnungspunkte eHealth-CardLink und ePA hat er seine Kollegen Herrn Axel Schulz und Frau Lena Dimde mitgebracht.

Zum aktuellen Sachstand der TI und der gematik im Allgemeinen berichtet Herr Gottwald die folgenden Punkte. Der **Entwurf eines Gesundheits-Digitalagentur-Gesetzes (GDAG)** wurde vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht. Der Entwurf liefert die **Grundlage für die geplanten Änderungen der Rolle der gematik**. Augenscheinlich soll ihr Name zur Digitalagentur Gesundheit geändert werden. Rechtsform und Gesellschafterstruktur sollen beibehalten werden. Hinsichtlich der neuen

Aufgaben der gematik bzw. Digitalagentur Gesundheit geht Herr Gottwald auf drei Themen ein. Erstens soll sie stärkere Durchsetzungsmöglichkeiten gegenüber Anbietenden von Diensten erhalten, was für den operativen Betrieb von Systemen und Anwendungen bei den Leistungserbringenden von hoher Relevanz ist. Die Digitalagentur könne Dienste gezielt beauftragen und ebenso stärkere Mitwirkungspflichten der Marktteilnehmenden einfordern. Zweitens soll einmal jährlich eine umfassende Roadmap zur Planungsübersicht über die Fortentwicklung der TI in Abstimmung mit den Gesellschaftern abgestimmt, beschlossen und veröffentlicht werden, erstmals im März 2025. Drittens ist die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) bei der Digitalagentur Gesundheit vorgesehen, wodurch sie Usability und Nutzerfreundlichkeit verstärkt begutachten wird. Die gematik befinde sich derzeit noch im Analyseprozess des Entwurfs. Ggf. könne Herr Gottwald noch einmal tiefergehend in einer der nächsten Sitzungen auf die anvisierte Transformation der gematik eingehen.

E-Rezept

Die kürzlich wiederkehrend in den frühen Morgenstunden auftretende **Störung beim E-Rezept**, die auf Lastprobleme beim eHBA- und SMC-B-Anbieter medisign zurückzuführen war, wurde erfolgreich abgewendet. Die gematik hat diesen Prozess eng begleitet, auch mit Vor-Ort-Treffen beim Anbietenden. Auch wenn die Dienste von medisign nun wieder stabil laufen, sind noch einige Punkte des Maßnahmenplans offen, die von medisign nachzuarbeiten sind. Die Störung entspreche nicht dem Performanceanspruch, den die gematik stelle, und Herr Gottwald begrüßt, dass das GDAG ihr mehr Rechte zur Durchsetzung des Anspruchs geben werde.

Zahlenmäßig wurden bis dato nun ca. **205 Mio. E-Rezepte eingelöst**.

KIM

Insgesamt wurden bis dato rund **340 Mio. KIM-Nachrichten** (einschließlich eAU, eArztbrief) **versandt**. Mittlerweile können ca. **150.000 Institutionen** über die TI bzw. ihre Kommunikationsdienste **erreicht** werden. In den letzten Monaten wurde ein **Anstieg in der Nutzung von KIM seitens der Apotheken** beobachtet.

TI-Messenger

Die gematik hat eine **erste Zulassung für den Messengerdienst Famedly** erteilt. Vor der bundesweiten Verfügarmachung wird eine **Pilotierung** in der TI-Modellregion Hamburg durchgeführt, die im Juni dieses Jahres beginnen soll. Damit werde der nachvollziehbaren Forderung, insbesondere der Leistungserbringenden, nach einer umfangreichen Testung unter Realbedingungen nachgekommen.

TOP 4 eHealth-CardLink (eH-CL) (Herr Axel Schulz)

Herr Schulz ist bei der gematik verantwortlich für den Bereich Basisinfrastruktur, darunter das Thema Identitäten und speziell die heute näher betrachtete Komponente eHealth-CardLink.

Die TI kannte vor der Einführung von eHealth-CardLink nur eine Form des Prüfnachweises, und zwar das Stecken der eGK in ein Kartenterminal beim Leistungserbringenden vor Ort. Die Erbringung dieses Prüfnachweises erlaubt den Zugriff auf Versichertendaten, z. B. im Rahmen von ePA oder E-Rezept und dient als Grundlage für die Abrechnung einer Leistung gegenüber Krankenkassen. Die **Erbringung eines Prüfnachweises aus der Ferne („remote“)** war bislang nicht möglich. Das Prüfnachweis-Prozedere führte im Rahmen des E-Rezepts zu einer **Benachteiligung der Online-Apotheken**, da diese den aktuell zentralen E-Rezept-Einlöseweg mittels eGK wegen der fehlenden Möglichkeit zur Erbringung eines Prüfnachweises nicht abbilden konnten. Diese Benachteiligung konnte **mit eHealth-CardLink nun abgewendet** werden. Denn eHealth-CardLink erbringt einen Prüfnachweis aus der Ferne.

Herr Schulz erklärt anschließend die **genaue Funktionsweise von eHealth-CardLink**. Der eHealth-CardLink stellt die Virtualisierung eines eHealth-Kartenterminals, wie es in den Praxen der Leistungserbringenden steht, dar. Versicherte lesen über eine entsprechende Smartphone-App mittels NFC die Karteninformationen ihrer eGK aus. Die Karteninformationen werden an einen zugelassenen eHealth-CardLink, der an eine Leistungserbringereinrichtung mit einer SMC-B gebunden ist, versendet. Analog zu einem physischen eHealth-Kartenterminal ist der eHealth-CardLink mit dem Konnektor der Institution verbunden. Der eHealth-CardLink löst sodann den Abruf des Prüfnachweises durch den Konnektor aus der TI aus. Der Konnektor liefert den Prüfnachweis sodann an das Apothekenverwaltungssystem (AVS). Die sichere Übertragung von Informationen wird durch deren Verschlüsselung und den Einbezug von ausschließlich durch die gematik zugelassenen Geräten gewährleistet. Mit der Erbringung des Prüfnachweises im AVS endet der CardLink-Vorgang. Die Verwendung des erbrachten Prüfnachweises ist hingegen kein Gegenstand der Zulassung. Die **Gesellschafterversammlung der gematik** hat den **Einsatz von eHealth-CardLink für den Anwendungsfall „Einlösen von E-Rezepten in einem Remote-Szenario“ beschlossen**.

Der eHealth-CardLink wurde zusammen mit Industriepartnern entwickelt, die dann mit entsprechenden Piloten in die Umsetzung gestartet sind. **In der Praxis des beschlossenen Anwendungsfalls spielt der eHealth-CardLink bisher eine untergeordnete Rolle**. So werden aktuell täglich knapp 10.000 von insgesamt 2 Mio. abgerufenen E-Rezepte mittels eHealth-CardLink abgerufen. **Technisch könne der eHealth-CardLink für viele Anwendungen genutzt werden, gematik und BMG setzen jedoch primär auf die GesundheitsID für alle weiteren denkbaren Anwendungsfälle über das E-Rezept hinaus**. Der eHealth-CardLink versteht sich derzeit ausschließlich als eine **Übergangslösung** für die Problematik der E-Rezept-Einlösung im Remote-Szenario.

Diskussion

Herr Dr. Dr. Bickmann hakt zur Klarstellung nach, ob es sich beim **eHealth-CardLink** um das **Hybrid zwischen der eID und der kartenbasierten Identität** handele. Herr Schulz erläutert, dass es sich im Nutzererleben in der Tat so darstelle.

Frau Dr. Groß bittet Herrn Schulz darum, die **GesundheitsID** noch genauer zu erklären. Herr Schulz berichtet, dass die GesundheitsID eine digitale Identität zur Verwendung in verschiedenen Gesundheitsanwendungen sei. Sie sei seit Beginn dieses Jahres im Feld und könne auf Initiative der Versicherten bei ihren Krankenkassen beantragt werden. Die Versicherten verwalten die GesundheitsID auf ihrem Smartphone und können sich damit bei Anwendungen wie der E-Rezept-App der gematik oder der ePA anmelden. Ihre Nutzung soll künftig ausgebaut werden. Es gilt, die Akzeptanz der GesundheitsID zu steigern. Zum einen soll dies durch den **Abbau von Zugangshürden** geschehen. Derzeit seien diese hoch, da für den Erhalt der GesundheitsID die PIN zur eigenen eGK oder alternativ ein Besuch in einer Geschäftsstelle der Krankenkasse erforderlich ist. Künftig soll der **Erhalt auch über das niederschwelligere „Apo-Ident-Verfahren“** (Identifizierung in der Apotheke) möglich werden. Zum anderen sollen Biometrie-Features (FacelD, Fingerabdruck) in der Verwendung der GesundheitsID zugelassen werden.

Eine Teilnehmende von Seiten der Apothekerschaft erkundigt sich, warum Online-Apotheken eHealth-CardLink benötigen, wenn es den App-Einlöseweg und die dazugehörige E-Rezept-App der gematik gebe. Herr Schulz erklärt, dass der Bedarf sich aus Gründen der ansonsten mangelnden Chancengleichheit für alle Apotheken (vor Ort und online) ergebe. Der eGK-Einlöseweg ist aufgrund seiner Niederschwelligkeit derzeit der zentrale, wohingegen die Nutzung des App-Einlösewegs eine Identität sowie die eGK-PIN erfordert und noch wenig verbreitet ist. **Ohne eHealth-CardLink sei der eGK-Einlöseweg für Online-Apotheken nicht bedienbar** gewesen.

Herr Dr. Dr. Bickmann hakt hinsichtlich **weiterer Nutzungsszenarien von eHealth-CardLink** nach. Konkret sieht er Potenzial für den **Einsatz im Rahmen des VSDM bei Hausbesuchen und bei telemedizinischen Leistungen bzw. Videosprechstunden**. Herr Schulz betont, dass bezüglich weiterer Nutzungsszenarien über das E-Rezept hinaus auf die funktionellere GesundheitsID gesetzt werde. Dies habe die Gesellschafterversammlung so beschlossen, um die Verbreitung der GesundheitsID nicht zu gefährden. Auch rein praktische Skalierungsprobleme würden der Ausweitung der Verwendung auf derartige Nutzungsszenarien entgegenstehen. So müsste jede Praxis mit einem eHealth-CardLink ausgestattet werden. Herr Gottwald fasst zusammen, dass es sich um **keine technische Fragestellung** mehr handele, **sondern** um eine **rechtliche Regelung**. Rechtlich entschieden wurde, konsequent den Weg der digitalen Identitäten zu gehen und die Nutzung von eHealth-CardLink auf die Einlösung von E-Rezepten zu begrenzen.

Herr Dr. Dr. Bickmann signalisiert, dass er die Begründung verstehe. Er appelliert jedoch dringend an die gematik, dass eine **Remote-Identifikationsmöglichkeit jetzt im Versorgungskontext gebraucht** werde. Ein anderer Teilnehmender pflichtet ihm bei. Die Implementierung dauere den Leistungserbringenden zu lang. Das Nutzungsszenario der Remote-Identifizierung im Versorgungskontext sei wichtiger als das angegangene Nutzungsszenario der E-Rezept-Einlösung mittels eGK bei einer Online-Apotheke. Frau Dr. Groß bittet Herrn Gottwald, den Appell mitzunehmen und weiterzugeben. Herr Gottwald regt eine Adressierung der Leistungserbringer-Verbände, die Gesellschafter der gematik sind, an.

Im Folgenden werden **weitere Szenarien** thematisiert, **für die es eine Remote-Identifizierung im Versorgungskontext bedürfe**. Ein Vertreter der KV Nordrhein bringt den Bedarf in der von der KV neu eingeführten **Videosprechstunde im Notdienst für Kinder und Jugendliche** auf. Idealerweise sollte mit der Remote-Identifizierung auch ein Zugriff auf die ePA der Patienten gewährt werden. Ein weiteres wichtiges

Nutzungsszenario bilde die **(notfallmäßige) Betreuung von Pflegeheimbewohnern**. Für diese werde der Erhalt und die Verwendung von GesundheitsIDs auch nach Umsetzung der geschilderten Akzeptanzmaßnahmen herausfordernd bleiben.

Ein Teilnehmender hakt nach, ob sich die Nutzung von eHealth-CardLink für Pflegeheimbewohner technisch umsetzen lasse. Herr Schulz bejaht dies. Über eine entsprechende Smartphone-App, die das Pflegeheimpersonal nutzen würde, könnten auch mehrere verschiedene eGK von Bewohnern eingelesen werden. Herr Gottwald betont erneut, dass **alle bisher aufgeführten Nutzungsszenarien technisch umsetzbar** seien, es jedoch **keine rechtliche Legitimation für den Einsatz außerhalb der E-Rezept-Einlösung** gebe. Grundsätzlich wolle man von den Hardware-Komponenten weg und die **Nutzungsdauer von Karten-IDs nicht** durch die breite Umsetzung einer Zwischenlösung **künstlich verlängern**.

Herr Dr. Dr. Bickmann bringt auf, dass im Sinne der Gleichstellung von Vor-Ort- und Online-Apotheken auch **jede Vor-Ort-Apotheke eHealth-CardLink nutzen kann**. Ein weiterer Vertreter der Apothekerschaft äußert dazu, dass die Implementierung von eHealth-CardLink **technisch hochkomplex** sei und damit preislich für die kleinen Vor-Ort-Apotheken **nicht bezahlbar**. Entsprechend seien diese gegenüber den Online-Apotheken hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit benachteiligt. Ferner stimmt der Teilnehmende Herrn Gottwald zu, dass zur Überwindung der Problematik einer Remote-Identifizierung **nicht vordergründig auf „Work-Arounds“ bzw. Brückentechnologien gesetzt werden sollte** und die Prioritäten auf den digitalen Identitäten liegen sollten. Auch die **Funktionalität und Nutzerfreundlichkeit von eHealth-CardLink** in der Einlösung von E-Rezepten bei Online-Apotheken mittels eGK sei **gering**, sodass er die Entscheidung für den Einsatz in diesem Nutzungsszenario kritisch sehe. Schließlich stellt der Teilnehmende klar, dass **nicht die Mehrheit der Gesellschafter diesen Schritt befürwortet** und entschieden habe, sondern nur **ein Gesellschafter – das BMG – das alle anderen Gesellschafter überstimmt** hat. Der Teilnehmende versteht und unterstützt das Bestreben der Leistungserbringenden, möglichst zeitnah eine Remote-Identifizierungsmöglichkeit im Versorgungskontext nutzen zu können, plädiert jedoch dafür, **auf die richtige Lösung zu warten**.

Ein Vertreter der Krankenkassen schließt sich dieser Meinung an. Die **Krankenkassen treiben die GesundheitsID gerade aktiv voran**. Auch die Krankenkassen-eigenen Service-Apps ließen sich mit dieser bedienen. Das Schutzniveau der GesundheitsID sei hoch und damit handele es sich um die Technologie, auf die die Krankenkassen setzen würden. Dass eHealth-CardLink Begehrlichkeiten über das zugelassene Nutzungsszenario hinaus wecken, ist nachvollziehbar, doch der Beschluss eines sehr begrenzten Einsatzes stehe. Der Teilnehmende ist zuversichtlich, dass die **GesundheitsID sich relativ zeitnah als die eine Identität durchsetzen werde**.

Frau Dr. Groß fragt nach dem **Zeitplan zur GesundheitsID**. Herr Schulz berichtet, dass an der Herabsenkung der Zugangshürden akut gearbeitet werde. Noch im zweiten Quartal dieses Jahres würde eine Pilotierung des Ausgabeprozesses mit ausgewählten Apotheken und Krankenkassen gestartet. Im vierten Quartal dieses Jahres soll dann das Apo-Ident-Verfahren ausgerollt werden. So könnte der Erhalt der GesundheitsID noch vor dem Start der ePA in der Breite niederschwellig ermöglicht werden. Ein Vertreter der Krankenkassen fügt an, dass ein **großer Teil der Versicherten für den Zugriff auf die „ePA für alle“ auf die GesundheitsID umsteigen werde**.

TOP 5 Elektronische Patientenakte (elektronische Patientenkurzakte) (Frau Lena Dimde)

Frau Dimde erläutert kurz die **Funktionalitäten der im Januar 2025 bereitgestellten ePA 3.0** („ePA für alle“). Grundsätzlich wird mit der neuen ePA-Version zunächst das medizinische Informationsobjekt (MIO) einer Medikationsliste implementiert, deren Informationen sich aus Verordnungs- und Dispensierdaten zusammensetzen. Ihre Befüllung erfolgt ausschließlich automatisch über das E-Rezept, sodass kein Befüllungsaufwand für Leistungserbringende oder Apotheken entsteht. Anschließend wird die Medikationsliste in der ePA um einen Medikationsplan sowie AMTS-relevante Informationen erweitert. Welche weiteren Informationen darüber hinaus zu welchem Zeitpunkt in die ePA fließen werden, ist noch nicht bekannt. Laut dem BMG sind Informationsobjekte zu Laborbefunden sowie die sogenannte Patientenkurzakte (ePKA) nachfolgend angedacht.

Frau Dimde fordert das Plenum auf, ihre konkreten Nachfragen zu dem Thema zu stellen, zu denen sie dann gerne tiefer ins Detail geht.

Diskussion:

Frau Dr. Groß macht deutlich, dass sie die **Fortführung der Notfalldaten-Speicherung auf der eGK** befürwortet und berichtet auch von einem entsprechenden auf dem Ärztetag beschlossenen Antrag. Frau Dr. Groß hakt nach, ob dieses Ziel auch von Seiten der gematik verfolgt werde. Frau Dimde erklärt, dass die Notfalldaten in jedem Fall auf der eGK verbleiben, solange es noch keine ePKA gibt. **Wenn die ePKA verfügbar ist, würde die Möglichkeit zur Speicherung von Notfalldaten auf der eGK abgeschafft.** Die ePKA wurde von der mio42 GmbH für die ePA spezifiziert und enthält alle Infos, die auch im Notfalldatensatz vorhanden sind. Ihre Umsetzung ist noch nicht verpflichtend und daher ist sie bisher auch noch nicht in den PVS verfügbar und nutzbar. Die **ePKA soll drei Anwendungsfällen** dienen: erstens der Informationsbeschaffung in akuten Notfallsituationen, zweitens die Anamnese eines Leistungserbringers im Rahmen des Erstkontakts unterstützen und drittens die Versendung der erhaltenen Daten ins EU-Ausland zur Verwendung in der medizinischen Versorgung der Versicherten vor Ort ermöglichen.

Frau Dr. Groß äußert ihre Bedenken an dem Ersatz der Notfalldaten-Speicherung auf der eGK durch die ePKA in der ePA. Konkret stehe die **in peripheren Gegenden mangelhafte Netzabdeckung** dem entgegen. Frau Dimde macht deutlich, dass das **Auslesen der Notfalldaten von der eGK auch kein trivialer Prozess** sei. Die Auslesung ist z. B. im EU-Ausland gar nicht möglich und auch in deutschen Rettungswagen noch eine Rarität. Hinsichtlich des **Zugriffes auf die ePKA** gelten grundsätzlich die gleichen Mechanismen wie für den Zugriff auf die ePA generell. Daraus erwachsen Herausforderungen für den zielführenden Zugriff auf die ePKA in den ausgewiesenen Nutzungsszenarien. Diese Herausforderungen müssen im Detail betrachtet und gelöst werden, sobald die Implementierung der ePKA in der ePA relevant wird.

Eine Teilnehmende fragt nach der **Einbindung des Impfpasses und der strukturiert zur Verfügung stehenden Krebsregisterdaten in die ePA**. Zum Impfpass erläutert Frau Dimde, dass das MIO zum Impfpass sich bisher noch nicht durchsetzen konnte. Dem stünden insbesondere **prozessuale Herausforderungen** entgegen, wenn ein möglichst vollständiger digitaler Impfpass angestrebt werde. Denn nicht jeder

Impfende habe die Möglichkeit Eintragungen vorzunehmen. An dieser Stelle bestehe das Problem nicht in einer fehlenden TI-Anbindung. Stattdessen seien z. B. impfende Betriebsärzte häufig mobil ohne unmittelbaren Zugriff auf einen Computer tätig. Sie bräuchten also einen mobilen TI-Zugriff und müssten zusätzlich legitimiert sein, auf die ePA zuzugreifen. Derartige Herausforderungen müssten noch gelöst werden. **Die breite Umsetzung des MIOs wurde in der Priorisierung nach hinten verschoben, entsprechend wird der digitale Impfpass nicht kurzfristig bereitstehen.** Die ePA startet mit dem Nutzungsszenario Medikation aufgrund des hohen Mehrwertes, der der ePA in diesem Szenario zugeschrieben wird. Wir würden uns alle wünschen, dass die verschiedenen weiteren Nutzungspotenziale schneller ausgeschöpft würden. Zur Einbindung der Krebsregisterdaten berichtet Frau Dimde, dass die Krebsregister bereits die Möglichkeit zur TI-Anbindung haben. Zwei hätten davon schon Gebrauch gemacht. Die konkreten Grundlagen zur Integration von Krebsregisterdaten und der ePA auch vor dem Hintergrund der geplanten Verknüpfung der Krebsregister mit dem Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM fehlen noch.

Ein Teilnehmender erkundigt sich nach dem **Zugriff ausländischer Ärzte auf die deutsche ePA**. Frau Dimde erklärt, dass der Zugriff über den **National Contact Point for eHealth (NCPeH)** erfolge, der das Verbindungsstück der TI ins Ausland bilde. Konkret wird die Freigabe der ePKA an ausländische Ärzte zunächst für den Fall, dass ein deutscher Versicherter außerhalb von Notfällen im EU-Ausland Versorgungsleistungen in Anspruch nimmt, ermöglicht. Die NCPeH soll im Laufe dieses Jahres noch in die Zulassung gehen. Voraussichtlich können Versicherte ab 2026 den Service nutzen.

Herr Gottwald fasst zwischenzeitlich kurz zusammen, dass **die gestellten Fragen den Blick auf die ePA-Roadmap erforderlich machen**. Die angesprochenen Themen kommen bei der gematik an und werden verstanden. Derzeit liege der Fokus der gematik auf der Vorbereitung der Implementierung der ePA 3.0 Anfang nächsten Jahres und die bis dato bereitzustellenden Funktionalitäten. Er schlägt vor, die Weiterentwicklung der ePA über diese Version hinaus, mittelfristig noch einmal gesondert in einer Sitzung zu thematisieren. Dazu bittet er die Vorsitzenden um eine thematische Eingrenzung, welche Weiterentwicklungsschritte von besonderem Interesse seien.

Herr Dr. Dr. Bickmann kommt auf die **elektronische Fallakte (EFA)** zu sprechen. Diese stelle eine Plattform für den fallbezogenen Datenaustausch verschiedener Leistungserbringender dar. Die EFA war ursprünglich als Gesundheitsanwendung im Rahmen der TI angedacht, dann jedoch wieder aus dem Portfolio herausgenommen worden. **Ihre flächendeckende Implementierung sei den Leistungserbringenden weiterhin ein wichtiges Anliegen.** Für den fallbezogenen Datenaustausch zwischen verschiedenen Leistungserbringenden eigne sich die ePA aufgrund der Möglichkeit zur Verschattung und Löschung von Daten durch den Patienten und der damit fehlenden Zuverlässigkeit der Informationen nicht. Relevant ist die Nutzung der EFA für multidisziplinär behandelte Fälle, insbesondere im onkologischen Bereich. Herr Dr. Dr. Bickmann fragt, ob es bereits Ansätze für die Wiederbelebung der Idee einer flächendeckenden EFA-Implementierung im Rahmen der TI gebe. Herr Gottwald antwortet, dass es hierzu keine Überlegungen gebe. Eine Teilnehmende aus dem Krankenhaussektor berichtet von dem Einsatz der EFA im Rahmen des Virtuellen Krankenhauses Nordrhein-Westfalen (VKh.NRW). Auf der Bundesebene würde damit die klinische Praxis ihres erfolgreichen Einsatzes ignoriert. Herr Gottwald ergänzt, dass die **gematik für gesetzlich normierte Anwendungen und deren Spezifizierung verantwortlich** sei. Die gematik liefert zugleich mit der **TI eine Plattform, an die sich auch andere Anwendungen**, die nicht gesetzlich normiert und durch die gematik konzipiert und spezifiziert werden, **anschließen** und die Identitäten der TI nachnutzen **können** –

sogenannte **weitere Anwendungen für den Datenaustausch (kurz WANDA)**. **Diesen Weg könnte auch die EFA anvisieren.** Herr Dr. Dr. Bickmann findet diesen Ansatz nachvollziehbar. Nach seiner Einschätzung bräuchte es eine **Instanz, die die Interoperabilität potenzieller WANDA prüft und deren Zulassung verantwortet.** Die gematik sei zur Übernahme dieser Aufgabe geeignet. Herr Dr. Dr. Bickmann fragt, ob es Überlegungen in die Richtung gebe. Herr Gottwald berichtet, dass sich das bereits angesprochene **KIG bei der gematik im Aufbau** befinde. Hierzu ist Herr Gottwald nur bedingt sprachfähig. Der Aufbau zielt auf die neue Aufgabe der gematik, Interoperabilität zu fördern und auch entsprechende Zulassungen durchzuführen. Herr Gottwald nimmt das Thema mit und wird in einer der nächsten Sitzungen Näheres zum KIG anbringen. Herr Gottwald gibt den Vorsitzenden eine Rückmeldung, ob dies bereits in der nächsten Sitzung Ende Juli möglich wäre.

Herr Dr. Dr. Bickmann stellt eine Frage zur **Sicherstellung der Usability der ca. 120 PVS** am Markt bei der Erfüllung der gesetzlich vorgegebenen Funktionen wie der ePA-Befüllung. Konkret erkundigt er sich nach der Instanz, die für diese Sicherstellung verantwortlich wäre. Hinsichtlich der ePA stellt Herr Gottwald klar, dass alle Aktivitäten der gematik zu deren Weiterentwicklung gemeinsam mit den Nutzenden und Gesellschaftern, einschließlich Leistungserbringenden, erfolgen. Was Anforderungen an die PVS im Bereich der Nutzbarkeit bzw. überzeugenden Nutzung angeht, **sehe der Entwurf des GDAG die Einführung eines Konformitätsbewertungsverfahrens für die PVS durch das KIG vor.** Dieses Verfahren decke auch die Aspekte Praxistauglichkeit und Usability ab. Ggf. könnte das erfolgreiche Durchlaufen dieses Konformitätsbewertungsverfahrens Bedingung für den Einsatz der PVS in der vertragsärztlichen Versorgung werden – auf Basis entsprechender Festlegungen durch die KBV. Es sei jedoch noch nicht klar, wie tiefgreifend durchsetzbar ein solches Prozedere wäre. **Grundsätzlich sei die gematik folglich für die Sicherstellung der Usability der ePA zuständig.** Es wäre gleichzeitig aber auch **realitätsfern zu behaupten, dass die Umsetzung aller Anforderungen an die ePA-Schnittstelle in allen PVS bis zum Stichtag 15.1.2025 abgeschlossen sein werde.** Die gematik tue sehr viel dafür, dass **Nutzende von Anfang an möglichst nutzerfreundliche Anwendungen erhalten.** PVS-Hersteller können bereits heute auf Basis eines bereitgestellten simulierten Aktensystems mit der Entwicklung der notwendigen PVS-Funktionalitäten beginnen. Ab dem dritten Quartal werden die Komponenten des Aktensystems dann in der Referenzumgebung (Vorstufe der finalen Umgebung) zur Verfügung stehen, sodass dann Komponenten von den Herstellern direkt in Interaktion gebracht werden können. Entscheidend für die Nutzerfreundlichkeit sei insbesondere die Performance, d. h. möglichst kurze Dauern des ePA-Aufrufs. Zudem gehe es um die Gewährleistung „gewöhnlicher“ Nutzungsprozedere. Die gematik möchte sich auch dem gemeinsamen Nenner, was die konkrete Bedeutung von Nutzerfreundlichkeit angeht, noch stärker annähern.

Ein teilnehmender Zahnarzt berichtet von einem kürzlichen Gespräch mit dem Verband Deutscher Dental-Software Unternehmen (VDDS), in dem etwa 90 % der PVS-Hersteller im zahnärztlichen Bereich vertreten sind. Der VDDS habe deutlich gemacht, dass die Umsetzung der ePA-Funktionalitäten bis zum 15.1.2025 keinesfalls zu schaffen sei. Herr Dr. Dr. Bickmann ergänzt seine Einschätzung, dass auch Sanktionen nicht zu einer Beschleunigung beitragen würden.

Herr Dr. Dr. Bickmann lenkt die Diskussion auf das Thema der **Ausgestaltung der EFA bzw. eines möglichen MIO EFA, das Teil der ePA wäre.** Hierzu mache sich der Ärztliche Beirat nun noch weiterführende Gedanken, basierend auf gemeinsam mit Herrn Prof. Peter Haas aus Dortmund in der Vergangenheit formulierten Anforderungen, die u. a. die **Dauerhaftigkeit von Aktensystemen** betreffen. Die **EFA sei eine**

Kurzzeitekte, die geschlossen werden könne, wenn der jeweilige Fall abgeschlossen sei. Bei den **Behandlungsakten der Leistungserbringenden** sehe dies anders aus. Hier **bestehe für bis zu 30 Jahre patientenseitig eine juristische Einklagbarkeit**. Bislang habe es sich hierbei eher um eine fiktive Möglichkeit gehandelt, da die erforderlichen Beweis- und Rechtsmittel nach dieser Zeitspanne nicht mehr zur Verfügung standen. Es stellt sich die Frage, nach der Kompatibilität althergebrachter Datenspeichermethoden mit innovativen. Insbesondere müsse die Möglichkeit zum Auslesen alter Datenspeichersysteme gewahrt werden. Dafür seien die Leistungserbringenden nicht technisch ausgestattet, z. B. könnten Praxen heute bereits keine CD-ROMs mehr einlesen. Wenn jedoch ein Teil der Daten ausschließlich auf derartigen veralteten Datenträgern lägen, stelle dies ein Problem dar, über das sich langfristig Gedanken gemacht werden müsse. Diese Aufgabe müsse die gematik an die PVS-Hersteller stellen.

Eine Teilnehmende aus dem Krankenhaussektor erkundigt sich zu den geltenden Aufbewahrungsfristen. In ihrer Einrichtung sei kürzlich beschlossen worden, die Aufbewahrungsfrist von Akten auf fünfzehn Jahre zu reduzieren. Sie hakt nach, ob die bis zu dreißig Jahre bestehende Einklagbarkeit alle Leistungserbringenden verpflichte, ihre Akten dreißig Jahre aufzubewahren, und ob diese Frist gesetzlich festgelegt sei. Herr Dr. Dr. Bickmann verweist auf das BGB und darauf, dass der Normalfall eine Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren darstelle. Von diesem gebe es jedoch Ausnahmen, z. B. im Bereich der Humangenetik oder für Röntgenaufnahmen. Ein Vertreter der KV Nordrhein teilt einen Weblink, unter dem die KV Nordrhein Informationen zu den geltenden Aufbewahrungspflichten bereitstellt, obgleich diese auf die ambulante ärztliche Versorgung zugeschnitten sind ([Aufbewahrungsfristen | KV Nordrhein](#)).

Ein anderer Teilnehmender verweist darauf, dass **umgekehrt eine Pflicht zur Aktenvernichtung nach zehn Jahren** bestehe. Dokumente müssten bzw. dürften gar nicht dreißig Jahre aufbewahrt werden, wenn zehn Jahre vorgeschrieben sind. Frau Dr. Groß berichtet, dass ihr die **Diskrepanz** aus Löschpflicht nach zehn Jahren und der Möglichkeit, auch darüber hinaus auch nach dreißig Jahren noch rechtlich belangt werden zu können und mit Beweislasten konfrontiert zu werden, bekannt sei. **Diese Problematik sei nicht gelöst und werde erst recht nicht beim Übergang zur digitalen Datenhaltung gelöst**. Bei den sich verändernden Altdatenträgern von Papier über CD-ROMS bis zur Archivierung in den Primärsystemen sei es schwierig, die zu einem bestimmten Zeitpunkt zu löschenden Daten aufzufinden. Herr Gottwald nimmt das Thema Aufbewahrungsfristen mit.

Der Vertretende der KV Nordrhein ergänzt, dass Back-up und Archivierung heute in den Primärsystemen erfolge, d. h. den PVS, KIS bzw. angegliederten Systemen. Der KV-Bereich habe sich lange für eine **Archiv- und Wechselschnittstelle** eingesetzt. Aufgrund eines Moratoriums werde diese erst zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt. Es sei im Sinne der Vertragsärzte, diese Schnittstelle nicht nur bei einem PVS-Wechsel zu nutzen, sondern auch bei einem Renteneintritt. So könnten die Daten, gespeichert auf einem Datenträger, in einem Safe aufbewahrt und bei Bedarf mittels eines Viewers auch im Nachgang noch nutzerfreundlich aufgerufen werden. So werde vermieden, dass Daten in Papierform auf den Dachböden der berenteten Leistungserbringenden lagern.

Herr Dr. Dr. Bickmann merkt an, dass die Diskussion vom ursprünglichen Thema etwas abgerückt sei. Er stellt abschließend fest, dass in dieser Sitzung dennoch wieder einige Aspekte aufgedeckt wurden, die der Ärztliche Beirat weiterverfolgen sollte. Herr Dr. Dr. Bickmann schließt die Diskussion und bedankt sich bei den Gästen.

TOP 6 Verschiedenes

Herr Dr. Dr. Bickmann informiert das Plenum darüber, dass Herr Ioannis Christopoulos, der die Organisation und Kommunikation rund um die Sitzungen des Ärztlichen Beirats verantwortet, die ÄK Nordrhein verlassen hat, um neue berufliche Wege zu gehen. Frau Tanja Stöver und Frau Melisa Sahin werden die Aufgaben von Herrn Christopoulos gemeinsam übernehmen. Frau Stöver ist seit 2004 bei der ÄK Nordrhein tätig, war u. a. im IT-Bereich beschäftigt und befasst sich mittlerweile als Referentin im bundespolitischen Bereich u. a. mit dem Thema Digitalisierung. Frau Sahin ist als Sachbearbeiterin seit Mitte Mai 2024 bei der ÄK Nordrhein tätig und sie weist ebenso wie Frau Stöver eine Affinität zum Thema Digitalisierung des Gesundheitswesens auf.

Schließlich bedankt sich Herr Dr. Dr. Bickmann im Rahmen der Verkündung der nächsten Termine bei allen, die so rege zur Vorbereitung und thematischen Gestaltung der Sitzungen beitragen.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 26. Juni 2024 um 20:00 Uhr online statt.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 31. Juli 2024 in hybrider Form (Präsenzteil in Düsseldorf) statt.